



DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
UNFALLCHIRURGIE

1997: Prof. Dr. med. Hans-Jörg Oestern (Celle)

Vorbemerkung:

Für die Inhalte der Präsidentenrede war und ist ausschließlich der jeweils vortragende Präsident verantwortlich.

Im Namen des Geschäftsführenden Vorstandes
(gez.) Der Generalsekretär

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, 61. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie am 19.11 bis 22.11.1997 in Berlin

„Meine sehr verehrten Damen und Herren,
hochverehrte Gäste, liebe Kolleginnen und Kollegen,

unsere Gesellschaft erlebt in diesem Jahr ihren 75sten Geburtstag!

Der Blick zurück gilt einer Geschichte epochaler Fortschritte und Leistungen, großartiger innovativer Persönlichkeiten, einem Heer engagierter kreativer Kolleginnen und Kollegen.

Die Bilanz was war? Was ist erreicht worden? kann sich in aller Welt beispielhaft sehen lassen. Die deutschsprachige Unfallchirurgie wird weltweit in ihrer führenden Position anerkannt. Die Präambel der Gründung, die Walter Kühne formulierte lautete: ‚Die Zeit fordert gebieterisch gemeinsame Arbeit‘. Dieses Motto ist heute wieder gültig. Es ist vielfältig hochaktuell.

Der berechtigte Stolz auf die Vergangenheit bedeutet Verpflichtung für die Zukunft!

Wir stehen heute in einer Entwicklungsphase, die wir - wie zu Beginn - wieder nur gemeinschaftlich bewältigen können. Über die Interpretation unserer Disziplin, ihrer Position in der Chirurgie wie der Medizin haben wir Konsens. Wir haben eine gute nachbarschaftliche Solidarität. Wir werden sie im Interesse der Versorgung unserer Patienten und der Weiterentwicklung unseres Faches weiter pflegen und dabei überholten Experimenten und Separatismen vereint entgegentreten.

Ganz anders liegen die Verhältnisse in unserem Umfeld. Die Voraussetzungen unserer Tätigkeit in Krankenhaus und Praxis haben sich wesentlich verändert. Medizin kostet Geld (250 Mrd. pro Jahr) in Wissenschaft und Forschung, in ihrem Auftrag der Heilung von

Verletzten und Kranken, in der Erhaltung von Gesundheit und in der damit verbundenen Administration wie Organisation. Wir geben 8,6 % unserer Wirtschaftsleistung für die Gesundheit aus und liegen weit hinter den USA, die 14,2 % aufwenden.

Wenn man heute von Kostenexplosion im Gesundheitswesen spricht, so handelt es sich ursächlich um eine meßbare Leistungsentwicklung und eine damit verbundene allgemeine Verlängerung der Lebenszeit. Die Zahl der über 80-jährigen hat in den letzten 45 Jahren um über 500 % und die der über 90-jährigen gar um über 1.600 % zugenommen.

Leistungsentwicklung bedeutet Fortschritt. Fortschritt für alle, wer möchte das nicht. Die Zahlen dieses Jahres lassen vermuten, daß die tödlich verletzten Unfallopfer im Vergleich zu 1996 um etwa 4 % abnehmen werden. Auch unter Berücksichtigung aller übrigen Faktoren wie Fahrzeugsicherheit, bessere und schärfere gesetzliche Bestimmungen, sind es doch wesentlich die therapeutischen Fortschritte der letzten Jahre, die vielen Patienten heute ein Überleben auch nach schwersten Verletzungen ermöglichen.

Aber dieser Fortschritt hat ein Janusgesicht. Er hat uns an die Grenze von Rationalisierung und Rationierung geführt.

An diesem Schlagbaum werden wir und unser Gesundheitssystem geprüft. Haben und Soll kann in der Zukunft zum Schicksal des Verletzten werden.

Unfallchirurgie im Umfeld

Die Entwicklung der Unfallchirurgie ist in den letzten Jahren geprägt von einer wachsenden Komplexität und einem erheblichen Mehr an Leistung. Bis zu 40 und teilweise 50 % aller chirurgischen Patienten bedürfen unfallchirurgischer Kompetenz. Wir begreifen unfallchirurgische Versorgung als Gesamtbetreuung des Patienten. Sie schließt personale Betreuung unter Einschluß der Notfall- und Intensivtherapie wie der Rehabilitation ein.

Wir alle wissen um die Bedeutung der ersten Stunde, der sogenannten ‚golden hour‘ nach dem Unfall für das weitere Schicksal des Patienten. Wer könnte besser den Verletzten beurteilen als derjenige, der ihn an der Unfallstelle zuerst gesehen, die notfallmäßigen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durchgeführt hat und den weiteren Verlauf auch unter diesen Aspekten bewerten kann. Gleiches gilt für die Intensivtherapie und die Rehabilitation. Aus diesem Aufgabenbereich resultieren Forschungsschwerpunkte der Unfallchirurgie, sei es der traumatische Schock, die Notfallmedizin, die Probleme des Weichteilschadens, das Multiorganversagen oder Outcome-Studien des rehabilitativen Bereiches. Die alleinige Versorgung von Frakturen im Sinne des orthopaedic surgeon amerikanischer Prägung stellt nur einen Teil unserer Aufgaben dar. Die singuläre Konzentration auf dieses Gebiet wäre ein Rückschritt und würde unseren Aufgabenbereich gegenüber dem Verletzten deutlich beschränken.

Wir sind und fühlen uns als Unfallchirurgen. Wir sind in einer eigenen autonomen Gesellschaft sehr gut aufgehoben. Künftige Aufgaben verlangen eine breite Basis der Gemeinsamkeit. Eingehende Überlegungen in diesem Jahr innerhalb der chirurgischen Gesellschaften haben zu einem Modellvorschlag geführt, der allen Beteiligten gleiche Rechte und Pflichten einräumt. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie wird dabei als gemeinsame

Dachstruktur betrachtet. Je stärker und einiger die Partner, desto effektiver ist eine derartige Vereinigung in ihrer Außenwirkung, wenn es sich um die Vertretung gemeinsamer Interessen aller Chirurgen handelt.

Die augenblicklichen Entwicklungstendenzen unter Voraussetzung der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Viszeralchirurgie und einer möglichen Wiederkehr des Gebiete Herzchirurgie würden fünf gleichwertige Partner unter einem Dach vereinen, alme die Identität der einzelnen Gesellschaften zu beschneiden.

Die öffentliche Position einer derartigen Gesellschaft ist natürlich im Vergleich zu Einzelgesellschaften eindeutig größer. Sie könnte in ihrem geschäftsführenden oder erweiterten Vorstand eine Identifizierung gemeinsamer Vorstellungen erreichen und sie repräsentieren. Dieses Modell ist noch in statu nascendi, die Konzeption ist ermutigend für die zukünftige Entwicklung, sie kann beispielhaft für die Struktur des Berufsverbandes und auch für die weiteren gemeinsamen Gremien und Kommissionen sein. Die Teilnahme an einem gemeinsamen Kongreß, wie es die ‚Woche der Chirurgie‘ vorstellen kann, bei der z. B. die ersten 3 Tage den Einzelgesellschaften vorbehalten blieben und an den übrigen Tagen gemeinsam berührende Themen behandelt würden, muß in der Entscheidung und Kompetenz der einzelnen Gesellschaften bleiben. Profitieren würden alle, vor allem auch die Kolleginnen und Kollegen aus den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung sowie die Kollegen aus dem niedergelassenen Bereich.

Einigkeit macht stark, Uneinigkeit führt zum Verlust gemeinsamer Verantwortungsbereiche, wie in der Vergangenheit mehrfach erlebt. Als Stichworte stehen hier Intensivmedizin und teilweise die Notfallmedizin.

Forschung:

Die Ausgaben für die Forschung in der Bundesrepublik Deutschland belaufen sich auf 2,2 % des Bruttoinlandproduktes und liegen damit am unteren Ende der OECD-Skala. Begrenzte Mittel, zögernde Strukturanpassungen, Restriktionen, vor allem im experimentellen Bereich bedeuten für die internationale Konkurrenzfähigkeit in der Forschung schwerwiegende Probleme. Daneben muß aber auch über interne Strukturen nachgedacht werden.

1. International konkurrenzfähige Forschung ist als Nebentätigkeit wie in früherer Zeit in dienstfreien Nachtstunden oder an Wochenenden neben einer gleichzeitigen Weiterbildung zum Facharzt oder der dann folgenden Fortbildung nicht mehr denkbar.
2. Qualitative Forschung ist langwierig, schnelle Ergebnisse können nicht erwartet werden. Sie führt nicht zu raschen und zahlreichen Publikationen. Ohne Publikationen bestehen geringere Chancen weitere Fördermittel zu erreichen. Dies sind schwerwiegende Probleme, die gerade in jüngster Zeit besonders dramatisch in der Forschungslandschaft offenkundig geworden sind.
3. Forschung wird auch als Mittel zum Zweck für die eigene Karriereplanung betrachtet. Dagegen ist nichts einzuwenden, wenn diese Arbeit korrekt erfolgt und die regelrechten ärztlichen Pflichten geleistet werden. Eine grundlagennahe Forschung

kann allerdings häufig schon wenige Jahre nach Erlangung der *venia legendi* zwangsläufig nicht mehr erfolgen, technische Ressourcen, nun nicht mehr gebraucht, fristen teilweise ein Schlummerdasein in den Kellern der Kliniken.

4. Das Streben nach klinischer und wissenschaftlicher Perfektion beeinträchtigt bereits während der Endphase der akademischen Qualifikation rein zeitlich den Tiefgang und die Intensität der forscherschen Tätigkeit. Nach der Berufung ist durch Krankenversorgung, Lehre, Verwaltungsaufgaben, Selbstverwaltung, ökonomisch induzierte Zusatzbelastungen und letztlich Kongreßverpflichtungen, fokussiertes wissenschaftliches Arbeiten unter Einbringung methodischer und konzeptioneller Kompetenz nur unter wirklich großen Anstrengungen möglich. Detailkenntnisse über die an der eigenen Klinik meist in mehreren Gruppen unselbständiger Nachwuchskräfte geübte Forschung sind nur bedingt möglich. Eine kritische Mitwirkung am wissenschaftlichen Werk dieser Gruppen erfordert überdurchschnittlichen Einsatz.

Sinnvoll erscheint eine Strukturreform, die eine kontinuierliche professionelle Forschung gewährleistet, die mehr Dauerpositionen schafft, auch Hausberufungen erlaubt, sofern eine externe korrekte Qualitätskontrolle erfolgt. Die Zusatzausstattung solcher Positionen einschließlich Personal und Sachmitteln sollte von regelhaft geprüften klinischen und wissenschaftlichen Leistungen abhängen.

Der Impact-Faktor kann aufgrund seiner bekannten Probleme und der gerade für unser Fachgebiet realitätsfernen unverhältnismäßigen Überbewertung spezieller englischsprachiger Zeitschriften hier nur mit erheblichen Einschränkungen herangezogen werden. Die kritiklose Übernahme dieses Faktors zur Mittelvergabe und Beurteilung der wissenschaftlichen Qualifikation bedeutet die Entmündigung wissenschaftlicher Urteilsfähigkeit qualifizierter Spezialisten von Fakultäten und Universitäten.

Jeder dritte Forschungsantrag, der z. B. an die Deutsche Forschungsgemeinschaft gestellt wird, wurde rein statistisch bewilligt. Von der Deutschen Forschungsgemeinschaft werden aber zur Zeit nur zwei unfallchirurgische Forschergruppen gefördert, gleiche Probleme bestehen in der Zahl der bewilligten unfallchirurgischen Forschungsanträge, die weniger als 1/3 aller chirurgischen Anträge ausmachen. Dies ist im Vergleich zu anderen Disziplinen wenig und muß in der Zukunft weiter intensiviert werden. Neben den beschränkten finanziellen Mitteln und den Strukturproblemen ist auch eine grundlegende Änderung in der Akzeptanz für die Forschung notwendig.

Von der Persönlichkeitsstruktur her ist der Forscher eher der ständig nachdenkende, zweifelnde, fantasiereiche, der Klinikleiter, der im positiven Sinne autoritäre, dem tagtäglich, quasi als letzte Instanz in der Klinikhierarchie schnelle Entscheidungen abverlangt werden. Hier treffen zwei unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen aufeinander. Erfolgreiche und professionelle Arbeit eines Forschungsschwerpunktes führt zu Prestigezunahme einer Klinik. Es ist deshalb nur recht und billig, wenn auch diese enorme einsatzerfordernde, häufig wenig spektakuläre Tätigkeit entsprechend angemessen anerkannt und honoriert wird.

Die Anwendung naturwissenschaftlicher Methoden in der Beobachtung und im Experiment waren schon für v. Langenbeck die Grundlagen für Innovationen in der Chirurgie.

Gesundheitspolitik und Gesundheitsökonomie

Die Anspruchsmentalität des Einzelnen mit der Vorstellung, alles Wünschenswerte und medizinisch Machbare der Solidargemeinschaft aufzubürden, wird sich ebenso im Bewußtsein der Bevölkerung reduzieren müssen wie sich die Eigenverantwortung und Eigeninitiative für die Gesundheit stärken muß.

Kostenexplosion, Leistungsexplosion, Verweildauersenkung, Bettenabbau, Punktwertverfall, ambulante statt stationäre Behandlung sind Schlagworte, die uns täglich begegnen.

Trotz eines Finanzmittelvolumens von 250 Mrd. DM innerhalb der GKV, 50 Gesetzen und 7.000 Einzelbestimmungen besteht auf der Einnahme- wie auf der Ausgabeseite ein erhebliches Defizit. Die Senkung der Verweildauer in den letzten 20 Jahren um über 50 % hat dennoch zu einem Anstieg der Behandlungskosten im Krankenhaus von ca. 300 % geführt.

Die Bettenkapazität wurde im gleichen Zeitraum um 20 % vermindert.

In den neuen Bundesländern wurde jedes vierte Bett abgebaut und jedes siebte Krankenhaus geschlossen.

Auch die Formel: ‚Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig‘, hat nicht zu dem gewünschten Erfolg geführt. Steigenden Fallzahlen und Operationen in den Krankenhäusern stehen 4 Millionen zusätzliche Operationen im ambulanten Bereich gegenüber. Diese Zahlen führen zwangsläufig zu den von verschiedenen Seiten geäußerten Bemerkungen über nichtindizierte Operationen, quasi als operatives Überholmanöver des normalen Heilungsverlaufes einer Erkrankung. Hier könnte Rationierung zur depressiven gesundheitspolitischen Maxime werden.

Trotz steigender Verkehrsunfallzahlen mit Personenschäden, über 3 % im Vergleich zum Vorjahr, trotz eines Anstiegs der Freizeit- und Sportverletzungen, bedeuten geringere Rentenzahlungen, weniger Todesfälle und überdurchschnittlich rückläufige Liegezeiten für unser Fach bemerkenswerte Erfolge. Ökonomische Verantwortung auch im Sinne einer Rationalisierung ist, wenn vertretbar und notwendig, gerechtfertigt.

Rationierung mit Beschränkung notwendiger Maßnahmen für Unfallverletzte ist ärztlich nicht vertretbar.

Tagtäglich erreichen uns neue Vorschläge zur Senkung der Kosten. Fast 3 Millionen Menschen finden ihren Unterhalt im medizinischen Bereich, allein fast 1,2 Millionen in Krankenhäusern, d. h. jeder 31. Arbeitsplatz. 120.000 Ärzte sind in den Krankenhäusern beschäftigt. Das Vergütungssystem im Krankenhaus wird schrittweise aber kontinuierlich vom Prinzip der Selbstkostendeckung auf die Vergütung von Behandlungsfällen in Form

von Sonderentgelten und Fallpauschalen umgestellt werden. Wir alle wissen, wie tiefgreifend dies in die bestehenden Krankenhausstrukturen eingreifen kann.

Um so wichtiger ist deshalb die Korrektur von objektiv und methodisch nicht nachvollziehbaren Berechnungen. Als Beispiel sei die Fallpauschale für Schenkelhalsfrakturen genannt. Diese Patienten sind gewöhnlich älter, häufiger polymorbide, verunfallen selten während der normalen Dienstzeit, haben häufig eine Coxarthrose und stellen damit operationstechnisch zumindest gleiche Anforderungen wie die Coxarthrosen, nur werden sie für die Kliniken schlechter vergütet. Gleiches gilt für Schwerverletzte. Auch hier ist ein ungeheurer finanzieller und personeller Aufwand notwendig. Die Berechnungen belaufen sich auf 80 bis 120.000 DM, mit den zur Zeit gültigen Vergütungsformen können die entstehenden Kosten nicht gedeckt werden. Gerade hier ist es wichtig, daß von unserer Seite die entsprechenden Zahlen geliefert werden, um objektive und nachvollziehbare Sonderentgelte und Fallpauschalen zu erreichen.

Die Dokumentationsflut und die Verlagerung weiterer verwaltungstechnischer Aufgaben in den ärztlichen Bereich, die Defizite in der ärztlichen Präsenz bis zu 40% durch die Bestimmungen des Arbeitszeitgesetzes haben vielerorts zu keinem oder nur einem unvollständigen Ausgleich durch ärztliche Stellenerweiterung, aber zu einer längeren Weiterbildungszeit geführt. Wir müssen deshalb auch im Hinblick auf die Europäische Union entschieden für eine Umstrukturierung eintreten, um bei immer stärker konzentrierten Leistungen nicht die Qualität der ärztlichen Versorgung zu gefährden.

In Anbetracht steigender Arbeitslosenzahlen unter unseren jungen Kollegen müssen gerade hier Möglichkeiten für weitere ärztliche Stellen geschaffen werden.

Nichts ist auch in Anbetracht der Kostendebatte ökonomisch und sozial teurer als einem jungen innovativen begeisterungsfähigen Kollegen die Möglichkeit zur ärztlichen Tätigkeit zu verschließen.

Trotz aller technischer Innovationen, trotz computerassistierter Chirurgie wird die Unfallchirurgie im wesentlichen immer die chirurgische Kunstfertigkeit erfordern, seit König Ludwig XV. 1743 die Chirurgie als eine wissenschaftlich aller ehrenwerte Kunst bezeichnete und unter Kaiser Franz-Josef II. im Jahre 1784 sich die Chirurgie als freie Kunst und nicht mehr nur als Handwerk bezeichnen durfte. Die Ziele künftiger computergestützter Technologien bestehen darin, die manuelle Tätigkeit des Chirurgen zu unterstützen, nicht sie vollständig zu ersetzen. Wir müssen für die Innovationen gerüstet sein und auch die Ausbildung unserer jüngeren Mitarbeiter wird vielleicht schon bald von außerklinischen Trainingszentren, virtueller Realität und Multimedia geprägt sein.

Kongresse

In der Kongreßlandschaft und Kongreßstruktur werden Veränderungen notwendig sein. Hier stellen sich uns mehrere Ursachen:

1. Zeitliche Beanspruchungen, Reisekosten und dergleichen haben sich für alle, vor allem jüngere Kollegen, ob im Krankenhaus oder in der Praxis ungünstig gestaltet.

Der Besuch zahlloser, sich häufig zeitlich wie auch thematisch überschneidender Tagungen ist nicht mehr zu bewältigen. Wenn man früher sagen konnte, wir haben nicht zu viele Kongresse, wir haben zu viele Tagungen, die uns langweilen, dann müssen wir heute Zahl und Qualität thematisieren.

2. Zeitschriften und Bücher bieten zunehmende konkurrierende Möglichkeiten der Information hinsichtlich Zahl und Qualität. Mehr als 100.000 wissenschaftliche Arbeiten und Abhandlungen, die jährlich weltweit erscheinen, bedeuten eine Halbwertszeit unseres Wissens von 5-7 Jahren. Die moderne Daten- und Informations- wie Kommunikationstechnik erlauben Recherchen für jeden und zu jedem Zeitpunkt. Der Wissensvorsprung von Zentren wird vergleichsweise kleiner, die Möglichkeiten des einzelnen größer. Das Gesamtniveau aller wird dadurch erheblich verbessert.

3. Die Kosten für die Ausrichtung eines Kongresses sind hoch und nur in enger Zusammenarbeit mit der Industrie zu tragen. Die Kalkulation unserer Partner aus der Industrie muß sich angesichts auch hier schrumpfender Ressourcen in Zukunft auf wenige lohnende Veranstaltungen konzentrieren.

4. Bei all dem müssen wir den Belangen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen größere Aufmerksamkeit, also mehr Zeit einräumen.

Das alles bedeutet, daß Anzahl, Thematik und Qualität der Tagungen kritisch überdacht werden müssen und daß wir der Dialogkultur wieder mehr Platz und Zeit einräumen. Im diesjährigen Programm waren wir bemüht, dem subjektiven Bedürfnis und dem objektiven Bedarf an zeitgerechter wissenschaftlicher sowie praktischer Fortbildung auf hohem Niveau und ebenso auch der qualifizierten Weiterbildung aller Besucher gerecht zu werden.

Meine Damen und Herren,

wir erleben in diesem Jahr einen denkwürdigen Geburtstag unserer großen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Wir pflegen eine durch 75 Jahre bewährte Tradition. Tradition heißt für uns Bewahrung und Respektierung des Fortschritts. Nicht Bewahrung der Asche, sondern Weiterleiten des Feuers.

Tradition bewahren ist kein Denken und Leben in der Vergangenheit, sondern realistische Ausrichtung auf die Zukunft.

Wir wollen nicht die alten Meister konservieren, wir wollen die Ideen fortentwickeln und mit Kreativität, Mut, Innovationsbereitschaft die zukünftigen Chancen nutzen.

Bewahren wir uns den kollegialen Verbund in unserer Gesellschaft und das Erleben und die Solidarität unserer großen Jahreskongresse. Folgen wir der Dynamik des Geburtstages: „Das ist der immer neue Anfang!“